



POLITIQUE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

2018-2022



**POLITIQUE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE
ET DE LA SECURITE DES SOINS**

2018-2022

SOMMAIRE

1. CONTEXTE	7
2. REGLEMENTATION	7
3. PRESENTATION DU GROUPE GUYANE SANTE	9
4. DEFINITIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE, VALEURS DU GROUPE	10
4.1. DEFINITIONS.....	10
4.2. OBJECTIFS	10
4.3. VALEURS DE GUYANE SANTE.....	10
5. BILAN DU PROJET QUALITE ET SECURITE DES SOINS	11
6. SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES	14
7. LES PRINCIPES DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS DE L'HOPITAL SAINT-PAUL	15
8. LE PILOTAGE ET LA COORDINATION DE LA DEMARCHE QUALITE ET SECURITE DES SOINS	17
8.1 LA GOUVERNANCE	17
8.2 LA COORDINATION ET L'ANIMATION	17
8.3 LA MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE	18
9. DEVELOPPEMENT D'UNE CULTURE QUALITE ET SECURITE DES SOINS	19
10. LES OUTILS	19
10.1. LE COMPTE QUALITE	19
10.1.1. <i>Définition et élaboration du compte qualité</i>	19
10.1.2. <i>Implication des professionnels et des représentants des usagers dans le compte qualité</i>	20
10.1.3. <i>Validation, communication, suivi du compte qualité</i>	20
10.2. APPROCHE PROCESSUS	20
10.3. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	22
10.4. QUALITE DU TRAVAIL ET SECURITE DES SOINS	23
10.5. GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	23
10.6. MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DU PATIENT	24
10.7. DROITS DES PATIENTS	25
10.8. COMMISSION D'ETHIQUE.....	27
10.9. PARCOURS DU PATIENT	27
10.10. CELLULE D'IDENTITO VIGILANCE	29
10.11. COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR.....	30
10.12. LE COMITE DE LIAISON ALIMENTATION NUTRITION.....	32
10.13. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	32
10.14. LE PATIENT TRACEUR.....	33
10.15. LE PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	33
10.15.1. <i>Contenu</i>	33
10.15.2. <i>Objectif</i>	34
10.15.3. <i>Responsabilités, élaboration, mise en place et suivi</i>	34
10.15.4. <i>Validation, diffusion et évaluation du programme</i>	34
10.16. GESTION DOCUMENTAIRE	35
10.16.1. <i>Objectifs</i>	35
10.16.2. <i>Composantes du système documentaire</i>	36
10.16.3. <i>Organisation</i>	36
10.16.4. <i>Formation des professionnels à l'utilisation et à la gestion du logiciel</i>	37

10.17.	LA PLACE DES USAGERS DANS LA DEMARCHE QUALITE	37
10.18.	GESTION DES RISQUES A PRIORI	37
10.19.	GESTION DES RISQUES A POSTERIORI.....	38
11.	COMMUNICATION DE LA POLITIQUE.....	40
12.	EVALUATION DE LA POLITIQUE.....	40
13.	CONCLUSION	41

ENGAGEMENT DE LA DIRECTION DANS LA DEMARCHE D'AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

La Direction de l'établissement conjointement avec le président de la Commission Médicale d'Établissement, s'engage à mettre en œuvre un système de management de la qualité et de la gestion des risques visant à décliner, planifier et coordonner les actions nécessaires à la qualité et à la sécurité de la prise en charge du patient.

La qualité et la gestion des risques font partie intégrante du déploiement des activités de l'établissement ; que ce soit au service de l'utilisateur, en droit d'attendre une prise en charge adaptée à ses besoins et à ses attentes dans des conditions optimales de sécurité ; que ce soit au service du personnel, en droit d'aspirer à une valorisation de son implication professionnelle ; ou encore au service de l'institution elle-même, en droit d'être repérée comme un maillon fort du dispositif sanitaire capable, de par ses activités, de générer sa propre dynamique qualité.

Les facteurs de réussite de cette intégration sont eux-mêmes intrinsèquement liés à la définition de la politique, à la qualité du management, à l'optimisation des ressources transversales, au décloisonnement des acteurs ainsi qu'à une évaluation régulière des actions et interactions concourant à l'efficacité des processus de soins.

Il s'agit d'une démarche volontaire qui s'appuie sur la nécessité d'ancrer au cœur de l'institution une véritable culture de la qualité et de la sécurité, irriguant tous les secteurs d'activités, valorisant à la fois les efforts de chacun et le travail en équipe.

Cette volonté repose sur un socle structuré, comprenant des objectifs clairs et connus de tous :

Le patient au centre de nos préoccupations

Notre mission primordiale est de garantir aux professionnels médicaux les conditions de travail nécessaire à l'exercice de leur art. Aux professionnels paramédicaux les meilleures conditions de travail nécessaire à optimiser la qualité et la sécurité des soins dans la prise en charge globale des patients.

Replacer l'HUMAIN au centre de nos préoccupations constitue une des valeurs fondamentales de notre établissement sous le volet « Humanité ».

Dans ce contexte, une attention constante est portée à la qualité et sécurité des soins et à l'information clairement donnée aux patients ainsi que sa sollicitation pour la conception de son projet de soins personnalisé, son projet de vie en impliquant ses proches.

Assurer la satisfaction des usagers

En répondant à leurs besoins et à leurs attentes explicites et implicites.

Ceci implique notamment d'évaluer régulièrement le degré de satisfaction des patients, usagers au sens large du terme : les patients, l'entourage, les correspondants et partenaires internes et externes, les professionnels, etc.

Garantir la sécurité des biens et des personnes

La protection des personnels, celle de nos patients et usagers sont pour chacun d'entre nous une attitude et un réflexe.

Notre établissement est un lieu où chacun doit être protégé. C'est notre outil de travail. Les locaux et équipements doivent être maintenus en bon état, renouvelés régulièrement, au travers d'une politique de maintenance rigoureuse et formalisée dans le plan de restructuration.



POLITIQUE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

2018-2022

Cette notion recouvre la sécurisation des pratiques d'une part et une gestion efficace des vigilances sanitaires réglementées mais également une gestion des risques organisée et coordonnée dans toutes les dimensions qu'elle recouvre : environnement, infrastructure, équipement, risques liés aux soins, risques professionnels, risques environnementaux, risques exceptionnels, etc.

Afin de concrétiser cette politique, La Direction et la CME s'engagent à entretenir de façon permanente une démarche coordonnée d'amélioration continue de la qualité, à valoriser un pilotage inscrit dans un cadre managériale lisible, à développer l'appropriation de la démarche par les équipes de terrain au plus près des attentes des usagers.

La Directrice Générale,

Guylène MERGERIE

Le Président de la CME,

Dr Jean-Marc PIERROT

1. CONTEXTE

Soucieux de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients, l'hôpital privé de Saint Paul s'inscrit dans une démarche qualité continue. L'enjeu est de garantir d'une part, des soins personnalisés aux besoins des patients et d'autre part, d'optimiser la sécurité des personnes et des biens.

Un établissement de santé est une structure qui génère des risques, certains directement liés aux soins et d'autres liés au management, aux bâtiments, à l'environnement, aux installations et aux équipements. Ces risques, mal maîtrisés et/ou pas toujours identifiés, peuvent engendrer des conséquences dommageables :

- pour l'humain (patients ou résidents, visiteurs, professionnels),
- pour les biens (infrastructures et équipements).

2. REGLEMENTATION

- Ordonnances du 24 avril 1996 qui font obligation aux établissements de santé de s'engager dans des démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité.
- Loi du 18 juillet 1998 relative au renforcement de la sécurité sanitaire.
- Ordonnance n°2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique.
- Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Circulaire DHOS/E2/E4 n°2004-176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé.
- Décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de santé et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le code de la santé publique (partie réglementaire).
- Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Décret n°2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code (dispositions réglementaires).
- Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 relatif à la commission médicale d'établissement dans les établissements publics de santé.
- Instruction N°DGOS/PF/192/2010/du 9 juin 2010 relative aux modalités pratiques de mise à la disposition du public par l'établissement de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- Décret n°2010-1029 du 30 août 2010 relatif à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles dans les établissements de santé.
- Circulaire n°DGOS/PF2/2011/416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.
- Arrêté du 6 janvier 2012 fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- Circulaire N°DGOS/PF2/2012/72 du 14 février 2012 relative au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé pour accompagner la mise en œuvre de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.



POLITIQUE D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

2018-2022

- GUIDE HAS - Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé – Mars 2012.
- Arrêté du 20 février 2015 relatif au bilan annuel des activités de lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé.

3. PRESENTATION DU GROUPE GUYANE SANTE

Depuis sa création en 2017, le groupe GUYANE SANTE a su s'imposer comme un acteur important spécialisé dans le domaine de la santé sur le territoire guyanais.

Il se caractérise par une volonté constante en matière de sécurité, de qualité de soins et de technicité.

Il affiche une croissance dynamique et exponentielle par l'augmentation du nombre d'établissements, de malades traités, et de son chiffre d'affaires.

Avec 4 établissements implantés en Guyane, il pratique les disciplines majeures en matière médicale, chirurgicale et obstétricale.

HOPITAL PRIVE SAINT PAUL :

2068 rte de la Madeleine
97300 CAYENNE
05.94.39.03.00

1 unité de SSR de 110 lits regroupant plusieurs spécialités : gériatrie, orthopédie, endocrinologie, polyopathie, cardiologie, neurologie
1 unité de médecine générale de 43 lits,
60 places de HDJ (hôpital de jour).

HAD SANTE :

Lotissement Alexia, cité Laurie
97300 Cayenne
05.94.28.62.18

Hospitalisation à domicile

HOPITAL PRIVE SAINT ADRIEN :

377 ROCADE DE ZEPHIR,
97300 CAYENNE
05.94.27.43.24

22 lits de médecine gériatrique répartis en 10 chambres particulières et 6 chambres doubles.

Le groupe participe activement à la modernisation et à la restructuration des établissements au titre de bâtisseur ou de rénovateur.

La proximité et la confiance sont les moteurs relationnels avec nos patients et nos partenaires médicaux. Pour eux, nous nous engageons dans une démarche permanente d'amélioration continue de la qualité des soins et de la prise en charge.

Dans ce contexte, notre volonté est de participer activement à la modernisation et à la restructuration du système de soins sur chaque site d'implantation :

- par une médecine de proximité : tenter de répondre aux besoins de la population locale en accord avec les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale;
- par une médecine de complémentarité : développer les partenariats avec les acteurs publics et privés, participer aux réseaux de soins (Cancer, Douleur, Hygiène...);
- par une médecine participant, en fonction des besoins, au service public hospitalier.

A l'échelle du groupe, nous coordonnons les politiques d'établissements en matière de :

- Vigilance sanitaire ;
- Prise en charge de la douleur ;
- Qualité ;
- Systèmes d'information ;
- Management.

4. DEFINITIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE, VALEURS DU GROUPE

4.1. DEFINITIONS

La politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement est établie selon les attentes de la réglementation, des tutelles et de la HAS. Elle doit être nécessaire, essentielle et effective dans un axe transversal, dans un management stratégique de l'établissement, en tenant compte de ses capacités humaines et techniques.

Cette politique émanant du management stratégique, détermine les orientations stratégiques en matière de Qualité du service rendu et de sécurité des patients, du personnel et de son environnement.

Cette politique décline donc, les moyens et ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fixés ainsi que les modalités de progression.

Pour mener à bien cette politique, elle doit impérativement impliquer tous les acteurs principaux de l'établissement, à savoir :

La Direction, le Président de la CME, l'ensemble des responsables des secteurs d'activité, les correspondants des vigilances sanitaires, les soignants, les paramédicaux les personnels administratifs et techniques), dont leur rôle est capital pour garantir la sécurité d'une prise en charge globale de notre patientèle.

Cette politique Qualité est élaborée en cohérence avec la stratégie annoncée dans le CAQES, qui est une composante essentielle du projet d'établissement.

4.2. OBJECTIFS

Les objectifs de cette politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'hôpital privé Saint-Paul sont axés autour des thèmes suivants :

La mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins à tous les niveaux ;

- L'optimisation de la prise en charge et le respect des droits des patients et de son entourage en associant les représentants d'usagers et les associations
- La garanti aux patients, usagers et professionnels, d'un niveau de sécurité optimum,
- Favorisation de la formation, des actions d'évaluations et de la dynamique d'amélioration.

4.3. VALEURS DE GUYANE SANTE

Guyane Santé instaure une culture commune basée sur 5 valeurs :

LA COOPÉRATION

Dans un contexte sanitaire contraint, Guyane Santé considère que la coopération permet de répondre aux problématiques de la population. Elle facilite la mise en place d'un parcours de patient de qualité.

L'INNOVATION

Guyane Santé développe de nouvelles prises en charge axées sur l'éducation à la santé, l'Education Thérapeutique du Patient pour les malades atteints de maladies chroniques.

L'ambition du GROUPE est d'utiliser les E.Santé pour faire face au développement des besoins en santé en Guyane et toucher un plus grand nombre de patient.

L'HUMANITUDE

Guyane Santé instaure une culture basée sur les relations humaines positives, sur « le prendre soin » de soi et du patient.

Il s'agit de respecter le patient dans sa particularité et de favoriser l'autonomie de la personne, ses capacités et son désir d'aller mieux.

LE DYNAMISME

Pour faire face à l'évolution constante des modes de prise en charge du patient tout en s'adaptant aux besoins émergents de la population, Guyane Santé se veut réactif et proactif.

L'EFFICIENCE

Guyane Santé met en place des indicateurs de suivis périodiques quantitatifs et qualitatifs.

5. BILAN DU PROJET QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

Impulsée par la Direction Générale et la Commission Médicale d'Établissement, relayée par l'encadrement et déclinée par l'ensemble des professionnels médicaux, soignants, administratifs, techniques et médico-techniques de l'établissement, notre démarche qualité a toujours fait partie intégrante de notre organisation et se traduit par des valeurs fondamentales :

- **Confidentialité et respect des patients** : engagement de tous à contribuer à la meilleure prise en charge du patient ainsi qu'à la bonne gestion de son dossier, à respecter le secret professionnel et la confidentialité de l'ensemble des informations recueillies dans l'exercice de ses fonctions ;
- **Clarté et transparence** : engagement réciproque de la Direction et du personnel à faciliter la circulation de l'information de manière à permettre une communication efficiente ;
- **Coopération et transversalité** : engagement de tous à garantir la pluridisciplinarité professionnelle et le travail d'équipe, dans le respect des rôles de chacun ;
- **Cohésion et solidarité** au service du patient considérant que chaque professionnel exerce des responsabilités et des fonctions complémentaires ;
- **Compétence et évolution** : engagement de tous à se former en continu et à favoriser les évaluations des pratiques professionnelles afin de permettre leur évolution qualitative.

Cette démarche est certifiée tous les 4 ans par la Haute Autorité de Santé. Il s'agit d'une procédure qui permet d'évaluer l'ensemble du fonctionnement et des pratiques de l'établissement au regard de la réglementation. Les rapports de certification sont consultables sur le site de l'HAS et montrent l'engagement de l'Établissement à pérenniser des soins de qualité dans un environnement sécurisé.

Historique de la démarche qualité

En 2006 l'établissement a satisfait à la première procédure d'accréditation (V1)

Une visite de suivi de certification V2-2007 a eu lieu le 11 décembre 2009.

La visite de suivi V2-2007 s'est déroulée du 28 au 1er juillet 2011.

La visite V2010 a eu lieu du 10 au 14 mars 2014

La visite de suivi de certification V2010, s'est déroulée en 2015 avec un rapport de certification comprenant 2 réserves et 9 recommandations

2006 : Première procédure d'accréditation

2006-2009 : Poursuite de la démarche d'amélioration continue de la qualité

- Intégration de la gestion des risques
- Intégration des usagers et implication de ceux-ci dans la démarche
- Évaluation de la satisfaction des patients
- Formalisation d'évaluations des pratiques professionnelles selon les guides ANAES/HAS.

Décembre 2009 : Deuxième procédure de certification : V2-2007

DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Certification avec suivi

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce la certification avec suivi.

Mars 2014 : Troisième procédure de certification – V2010

DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

Certification avec suivi

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport issu des résultats de l'auto-évaluation et de la visite sur site, la HAS prononce la certification avec suivi.

La visite de suivi de certification V2010, s'est déroulée en 2015 avec un rapport de certification comprenant 2 réserves et 9 recommandations :

Réserves

- 14.a Gestion du dossier patient en HDJ, HC, HAD (PEP) + IND
- 20.a bis Prise en charge médicamenteuse du patient en HAD (PEP)

Recommandations

- 6.g Gestion des équipements et produits au domicile du patient HAD (PEP)
- 8.a Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PEP)
- 8.f Gestion des événements indésirables (PEP),
- 12.a Prise en charge de la douleur HC, HDJ, HAD (PEP),
- 13.a Prise en charge et droits des patients en fin de vie HC, HAD (PEP) ;
- 14.b Accès du patient à son dossier HC, HDJ, HAD (PEP)
- 20.a Management de la prise en charge médicamenteuse HC, HAD (PEP)
- 20.a Prise en charge médicamenteuse du patient HC, HAD (PEP+ IND)
- 20.b Prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé.

Certification v2014

Préparation à la visite

La visite de certification V2014 aura lieu en octobre 2018 ;

L'établissement se prépare depuis 2017 à travers l'élaboration des éléments incontournables qui lui permettront de répondre aux exigences portées par la HAS :

- Lancement de nouvelles méthodes d'évaluation dans le cadre de la préparation de la 4ème visite de certification HAS V2014 :

- Audit processus : Méthode d'évaluation qui permet d'apprécier pour une thématique / activité donnée, la manière dont celle-ci est :
 - ✓ Définie et quels objectifs lui sont assignés ;
 - ✓ En capacité d'identifier et de traiter les risques susceptibles de contrarier l'atteinte des objectifs déterminés (mobilisation des données issues des approches à priori et à posteriori) ;
 - ✓ Organisée et déployée (structuration, définitions des champs de responsabilités des différents acteurs impliqués, moyens mobilisés, ...);
 - ✓ A même de mesurer la bonne réflexion des actions réalisées et d'identifier les axes de progrès en matière de qualité et de sécurité.
- Patient traceur : Méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques qui consiste à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent. Il s'agit d'une méthode orientée « parcours », qui s'intéresse à la prise en charge globale d'un patient, aux interfaces entre secteurs et à la collaboration interprofessionnelles et interdisciplinaires.
- Mise en œuvre du compte qualité : Outil de suivi longitudinal de la démarche qualité et gestion des risques des établissements. Le compte qualité traduit la synthèse des engagements de l'établissement concernant son système de management de la qualité et des risques et sa démarche d'évaluation. Il permet également de répondre à l'obligation d'autoévaluation de l'établissement.
- Poursuite des actions d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) avec pour finalité d'engager l'ensemble des professionnels dans une démarche continue d'amélioration de la qualité intégrée à leur pratique médicale et paramédicale.
- Déclinaison de cartographies des risques par secteur d'activité

Un rétro-planning a été présenté en COPIL Qualité ainsi qu'en CME.

Mise en place du compte qualité (CQ)

L'envoi du compte qualité a été fixé au 30 avril 2018, chaque pilote de processus s'est vu créer par le service qualité, un compte pilote CQ afin qu'il puisse consulter la partie le concernant dans le compte qualité.

Toute modification se fait avec le responsable qualité qui possède les codes administrateurs CQ.

Processus obligatoires :

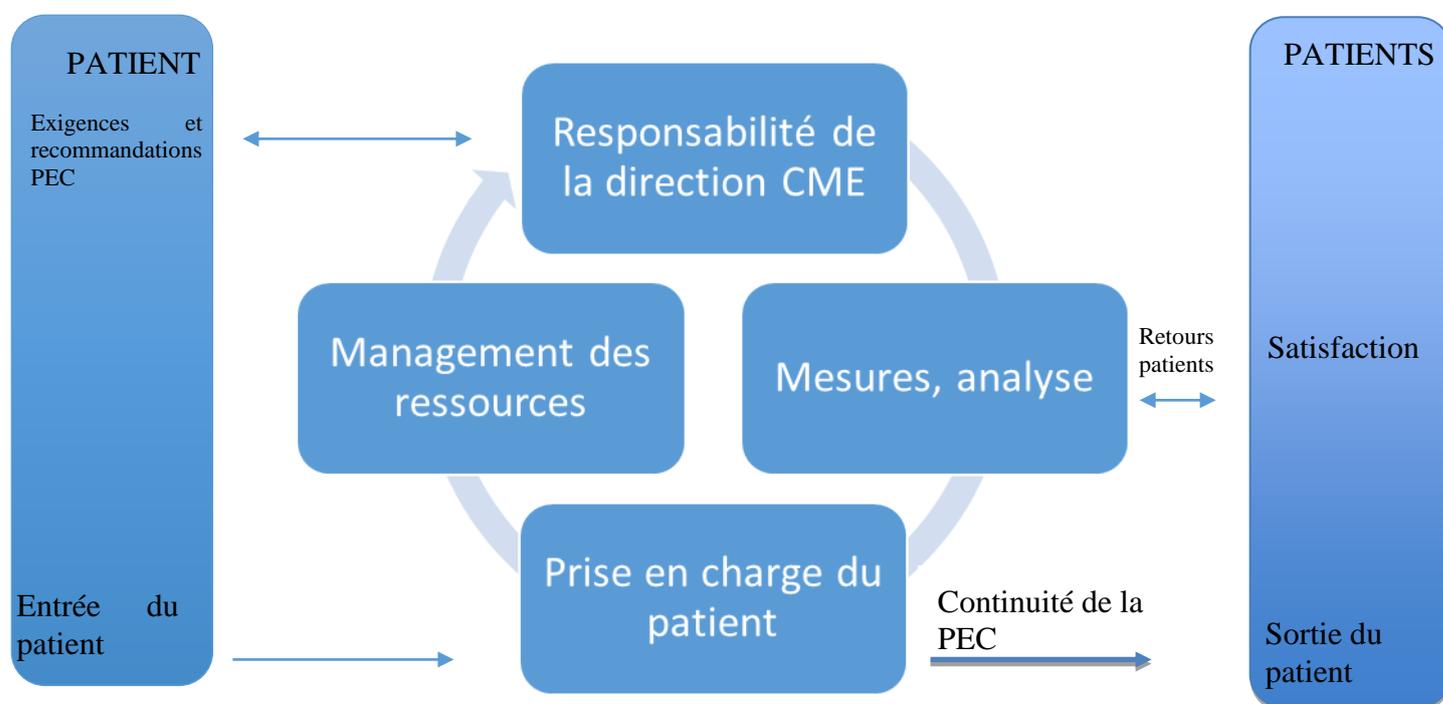
- Management de la qualité et des risques
- Qualité de vie au travail
- Gestion du risque infectieux
- Droits des patients
- Parcours du patient
- Dossier patient
- Prise en charge de la douleur
- Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge
- Management de la prise en charge médicamenteuse
- Prise en charge et droit des patients en fin de vie
- Gestion du système d'information

Processus optionnels :

- Management stratégique et gouvernance
- Gestion des ressources humaines

- Gestion des ressources financières
- Gestion de l'air
- Fonction transport des patients
- Achats éco responsables

6. SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES



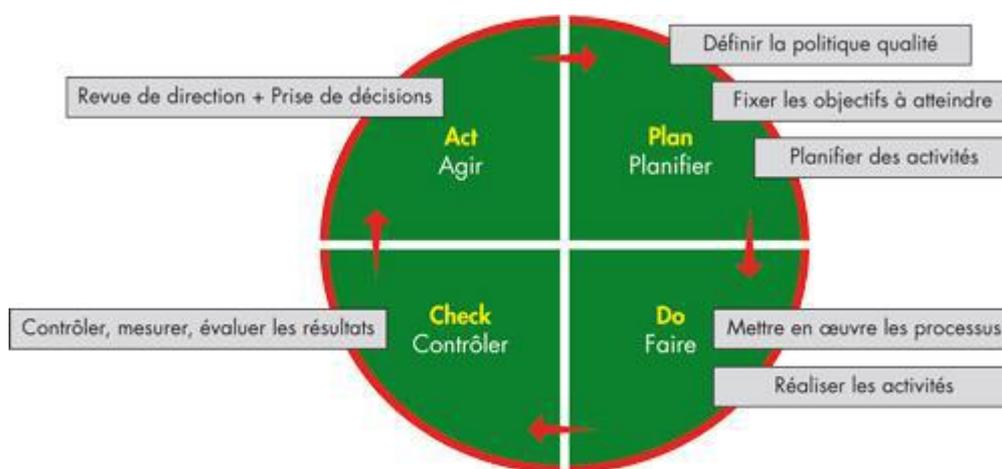
Le mangement de la qualité a pour but d'améliorer :

- Le service médical rendu au patient,
- La sécurité des biens et des personnes,
- La satisfaction des patients et autres usagers,
- L'efficacité de l'Ets (résultats obtenus/Moyens utilisés).
- La gouvernance
- La coordination et l'animation
- La mise en œuvre opérationnelle

7. LES PRINCIPES DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS DE L'HOPITAL SAINT-PAUL

Les principes retenus sont ceux de la démarche en quatre temps, symbolisée par la roue de Deming – ou PDCA qui sont déclinés selon des principes spécifiques à l'hôpital Saint-Paul :

- **Plan (Planifier)** : Etablir les objectifs et les processus nécessaires pour fournir des résultats correspondants aux exigences des patients et aux politiques de l'établissement,
- **Do (Faire)** : Mettre en œuvre tout ce qui doit être fait pour garantir, à priori, la satisfaction des exigences des patients et la satisfaction des besoins de l'établissement,
- **Check (Vérifier)** : Surveiller et évaluer les résultats obtenus ainsi que déterminer les actions à entreprendre pour résorber les écarts constatés,
- **Act (Réagir, Corriger, Améliorer)** : Entreprendre les actions pour corriger les écarts ainsi qu'améliorer, de manière continue, les performances des activités ou produits.



Source : Réalisé d'après les documents AFNOR et ISO.

Ainsi les professionnels l'hôpital privé Saint-Paul s'attachent à appliquer les principes suivants :

Se mobiliser et participer à la démarche : l'amélioration de la qualité et de la sécurité repose sur la mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs fixés. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs via une participation réelle de ceux qui mettent en œuvre les processus au quotidien.

Signaler : il ne s'agit pas pour la Direction et l'encadrement de rechercher un coupable mais d'instaurer une culture du signalement des événements indésirables et situations à risque pour mettre en place les actions correctives évitant la reproduction des mêmes événements. La charte de non punition est garante de la réussite de ce dispositif.

Simplifier la méthodologie et les outils en partenariat avec les acteurs de terrain : les méthodes et outils de la qualité sont utilisés tant qu'ils constituent une aide dans la réalisation des objectifs ; ils sont à bannir s'ils complexifient les tâches sans amélioration.

Chacun responsable : le rôle de chaque acteur d'égale importance dans tous les processus, qu'il participe à la prise en charge de l'utilisateur, au fonctionnement ou au management de l'établissement.

Mesurer avec pragmatisme : la mesure permet d'apprécier la qualité du service rendu et la satisfaction des usagers, tout en valorisant le travail accompli. La culture de la mesure permet de

dépasser les opinions, les à priori, et de prendre les décisions à partir d'éléments factuels. Toutefois, les instruments de mesure doivent rester simples et efficaces, l'essentiel est l'amélioration et non pas la mesure.

Donner l'exemple : les orientations de la Direction concilient les besoins des usagers et les intérêts des professionnels. Les responsables motivés coopèrent entre eux, s'impliquent et font tout pour transformer les orientations en réalité.

Faire participer les usagers : l'effort culturel, qui consiste à accepter le regard du patient, permet de disposer d'un facteur puissant de progrès. L'implication des patients dans leur prise en charge des recherches, le recueil de leur satisfaction est organisé, ils sont associés aux décisions stratégiques en les accueillant dans les instances consultatives et décisionnelles.

Commencer dans attendre : les actions d'amélioration simples, aux résultats rapides, avec les professionnels déjà impliqués sont privilégiés. Le nombre de projets est limité mais ils sont menés au bout jusqu'à leur évaluation. L'amélioration ne se fait que par étapes successives.

Coopérer : les transversalités sont développées pour limiter les cloisonnements et rompre l'isolement. Les compétences et les moyens sont partagés le plus possible au sein de l'hôpital Saint-Paul et des réseaux existants.

Susciter la transparence : les dysfonctionnements doivent être signalés, déclarés de façon à être pris en compte, avec une approche positive et constructive. Les erreurs et les dysfonctionnements sont perçus comme des opportunités d'amélioration et non comme des fautes dues à un coupable qu'il convient de sanctionner (charte de non punition).

Développer la culture qualité : chaque professionnel a le souci de prendre en compte les attentes des usagers, à dire ce que l'on va faire et à faire ce que l'on dit, avec une volonté d'amélioration continue.

8. LE PILOTAGE ET LA COORDINATION DE LA DEMARCHE QUALITE ET SECURITE DES SOINS

8.1 LA GOUVERNANCE

Le pilotage de la démarche est assuré par le Comité de Pilotage de la Qualité (COPIL Q).

Le COPIL Q est animé par la Responsable Qualité Gestion des Risques.

Ce COPIL se réunit tous les trimestres, et plus régulièrement selon les projets en cours.

Le COPIL Q a pour missions :

- d'arrêter les axes prioritaires de la politique qualité,
- de valider les projets et les actions à conduire dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques. Ces choix et arbitrages tiennent compte à la fois : des orientations stratégiques, du CAQES (Ex- CPOM/CBU), des projets des différentes instances, des comptes-rendus de certification, des résultats des audits et évaluations internes, des comptes-rendus des inspections et audits externes, des textes réglementaires.
- de s'assurer de l'efficacité et de l'efficience du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.
- d'organiser et d'assurer le suivi des différentes structures dédiées à la mise en oeuvre de la démarche qualité et de management des risques.
- d'arrêter la stratégie de communication en matière d'amélioration de la qualité.

Le COPIL Q dispose donc d'une vision globale de la démarche qualité et sécurité des soins.

Tous les travaux sont présentés à la CME et aux autres instances.

8.2 LA COORDINATION ET L'ANIMATION

La cellule qualité est composée de la RAQ et de la RAQ adjointe.

La cellule qualité recrute chaque année un stagiaire master qualité pour une durée de 6 mois et lui confie des missions bien définies afin d'aider à l'amélioration du processus qualité.

La cellule qualité prépare les travaux du COPIL, coordonne toutes les actions qualités, accompagne les pilotes des thématiques du compte qualité et les référents dans la mise en pratique de la démarche. Elle assiste et fournit la méthodologie.

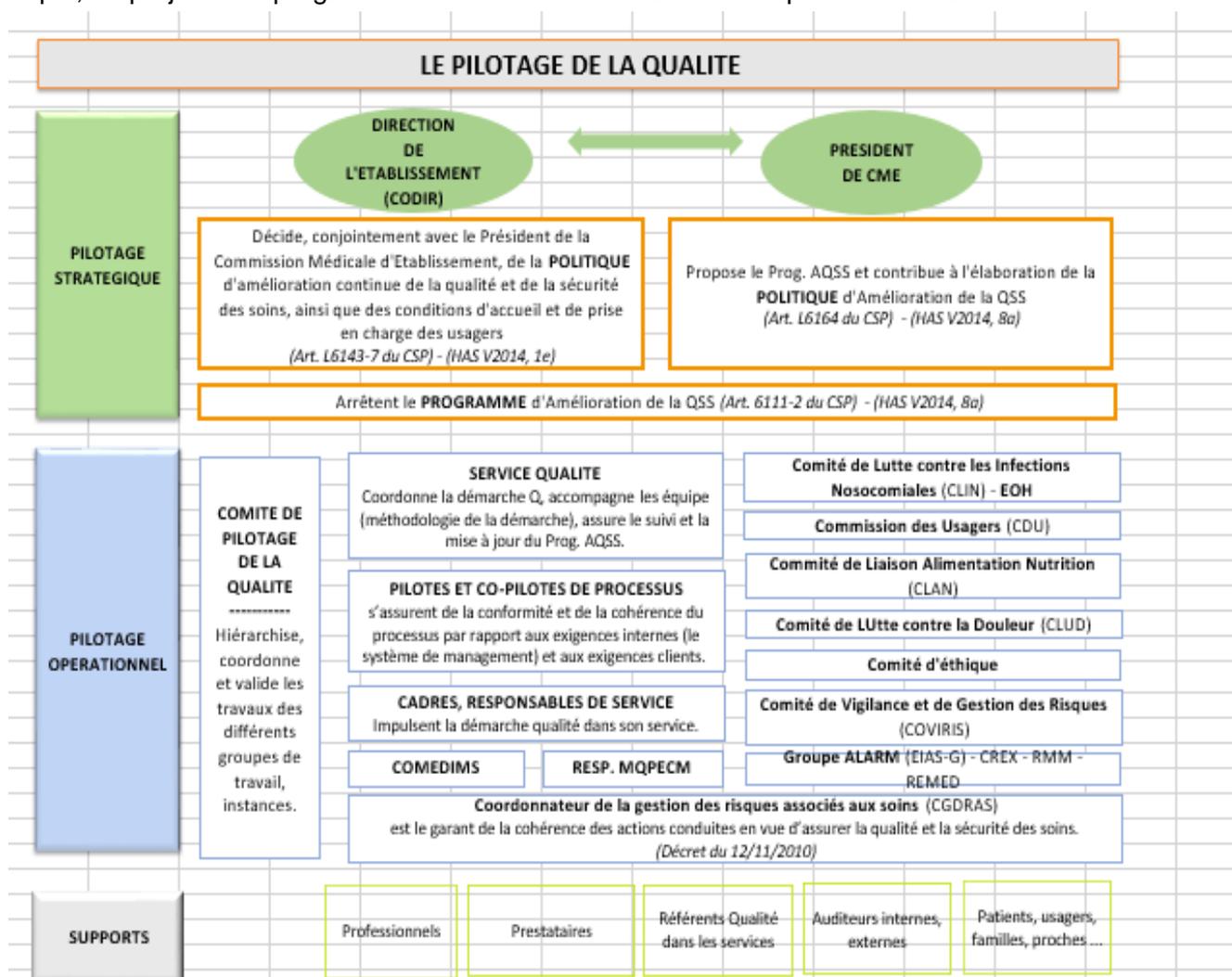
Elle s'appuie aussi sur :

- Les responsables du système de management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse,
- Le médecin coordinateur gestion des risques,
- Les cadres de santé et infirmiers coordinateurs.

8.3 LA MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE

La qualité est mise en œuvre par tous les professionnels de l'établissement.

Les référents qualité, principalement le personnel d'encadrement, assurent le lien entre les agents de leur service et la cellule qualité. Ils participent au développement et à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prestations offertes aux patients et au personnel. Ils assurent la communication ascendante et descendante des informations relatives à la mise en œuvre de la politique, du projet et du programme d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins.



Le personnel de l'établissement participe à des groupes de travail mis en place sur des thématiques liées à la qualité et gestion des risques.

Les travaux du COPIL Q sont alimentés par ces diverses commissions en place pour élaborer le programme global de la qualité et de la sécurité des soins.

- La Conférence Médicale d'Établissement (CME)
- La Commission des Usagers (CDU)
- Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)
- Le Comité de Gestion des Risques (COVIRIS) incluant les vigilances
- Le Comité des Médicaments et des Dispositifs Médicaux (COMEDIMS)
- Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN)
- La Cellule d'Identivigilance (CIV), etc...

9. DEVELOPPEMENT D'UNE CULTURE QUALITÉ ET SÉCURITÉ DES SOINS

« La culture des soins désigne un ensemble cohérent et intégré de comportements individuels et organisationnels, fondé sur les croyances et des valeurs partagées, qui cherchent continuellement à réduire les dommages aux patients, lesquels peuvent être liés aux soins » HAS, la culture de la sécurité des soins : concept à la pratique, décembre 2010.

Pour développer cette culture sécurité, l'établissement a décidé de sensibiliser, former, communiquer sur la sécurité des soins et sur les actions d'amélioration de la qualité mises en place, de donner les moyens aux services de cette politique qualité. Il donne aussi pour habitude, aux professionnels de santé de travailler ensemble dans un contexte où la mobilité est forte.

Considérant la culture de sécurité comme un levier de performance, l'hôpital privé Saint-Paul mène des actions de communication auprès des professionnels ainsi que des usagers. Un affichage régulier au sein de l'établissement, la présentation d'un point sur la qualité à la CME, au CODIR, la présentation du PAQSS, l'intégration de la qualité dans les STAFFS animés par les cadres illustrent la place privilégiée de la qualité comme un des enjeux majeurs du centre médical.

La création de nouveaux outils (ex : famille certifié) permettra de communiquer régulièrement et positivement sur la gestion des risques, l'organisation du management de la qualité et de la sécurité des soins, le suivi des actions menées, ou sur les thèmes ciblés. L'hôpital privé Saint-Paul favorise la communication électronique.

Les actions/campagnes nationales sont relayées dans l'établissement. Elles sont promues par le personnel et les usagers et visent à favoriser l'implication des patients dans leur propre prise en charge : journée mondiale de l'hygiène des mains, semaine nationale de la sécurité des patients...

10. LES OUTILS

10.1. LE COMPTE QUALITÉ

10.1.1. DÉFINITION ET ELABORATION DU COMPTE QUALITÉ

Dans le cadre de la certification V2014, l'hôpital Saint-Paul a mis en place son **Compte Qualité**, outil de suivi longitudinal du dispositif de gestion des risques. Il permet de définir notre **programme d'actions prioritaires d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS)** organisé par processus, selon la liste des 20 thématiques V2014 de la HAS.

Chaque processus concerné est placé sous la responsabilité d'un pilote et d'un copilote qui ont en charge de diligenter et d'animer :

- l'élaboration d'une fiche d'identité du processus dont ils ont la charge ;
- l'analyse des risques du processus concerné ;
- la définition d'indicateurs associés ;
- la priorisation des risques selon l'affectation d'un coefficient de criticité (fréquence/gravité/moyens de maîtrise) ; L'échelle de cotation des risques utilisée est celle de la HAS.
- la formalisation d'un plan d'actions au regard des risques prioritaires identifiés, qui sera inclus dans le PAQSS ;
- le suivi du compte qualité.

Des analyses préliminaires de risques sont menées pour déterminer les risques principaux à inscrire au niveau de compte qualité. La stratégie est, dans un premier temps, de décrire le processus sous forme de logigramme formalisé sur une fiche d'identité de processus, et dans un

second temps, de réaliser un diagnostic des risques principaux au regard des étapes du processus et du PDCA.

Chaque binôme pilote/copilote bénéficie de l'appui du gestionnaire des risques qui assure un temps de formation et un soutien méthodologique continu à cette démarche.

10.1.2. IMPLICATION DES PROCESSIONNELS ET DES REPRESENTANTS DES USAGERS DANS LE COMPTE QUALITE

Chaque pilote et copilote ont la charge de constituer une équipe opérationnelle composée des personnes ressources leur permettant d'organiser la mise en œuvre de cette mission.

Des représentants des usagers sont présents au niveau des équipes opérationnelles des processus «Droits des patients » et « Parcours du patient ».

10.1.3. VALIDATION, COMMUNICATION, SUIVI DU COMPTE QUALITE

Le compte qualité est validé par le COPIL et présenté en CME.

Les professionnels reçoivent des informations sur son suivi par les pilotes et co pilotes.

10.2. APPROCHE PROCESSUS

L'approche par processus est au centre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette approche permet de structurer une démarche de management de la qualité. Elle permet d'aborder des prises en charges linéaires, en étudiant le circuit du patient mais aussi des processus transversaux (ex : gestion du dossier patient, prise en charge médicamenteuse, restauration, etc) ;

Cette approche permet en outre d'identifier et de comprendre les problèmes de qualité et de gestion des risques.

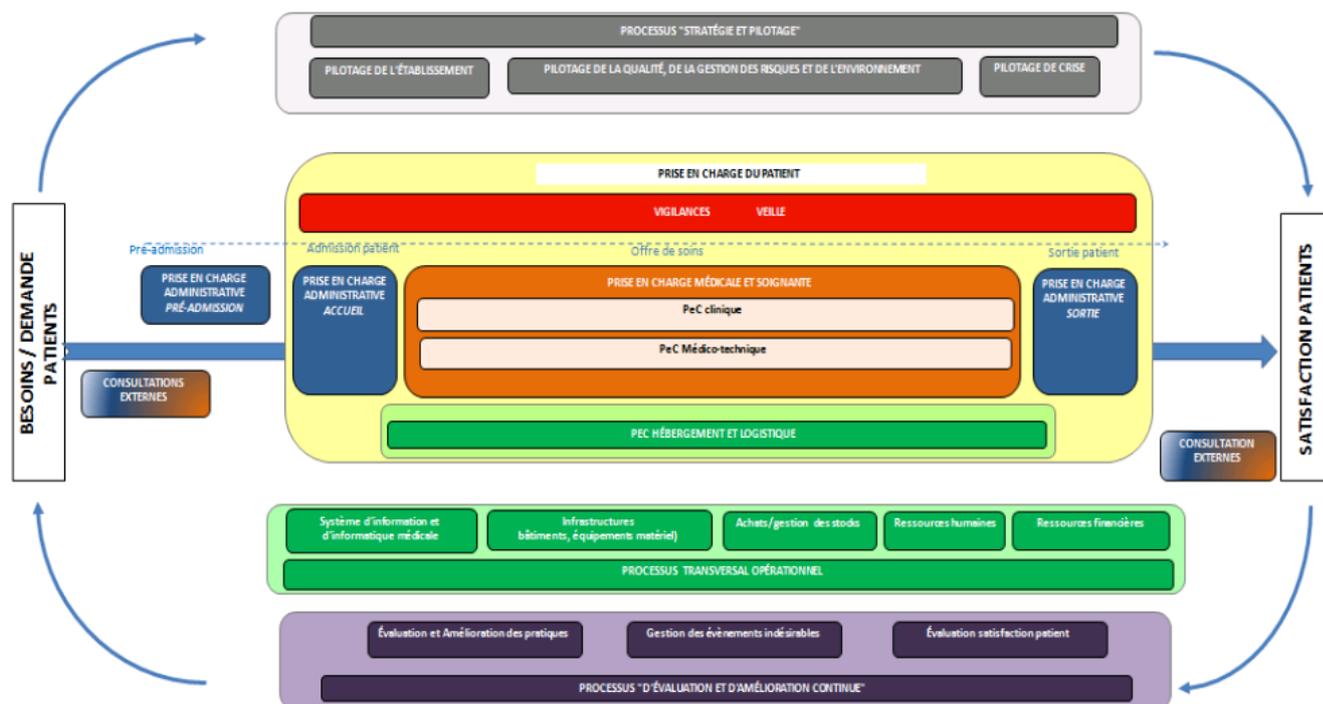
On peut ainsi étudier simultanément toutes les pratiques qui encourent à une prise en charge, qu'elles soient organisationnelles ou professionnelles.

L'approche processus permet :

- de centrer la démarche qualité sur le patient,
- de mieux percevoir et évaluer la qualité réelle,
- de centrer la qualité sur les pratiques,
- d'évaluer a priori les défauts dans l'organisation, plutôt qu'à posteriori,
- de concilier démarche qualité et conduite de la procédure de certification,
- d'intégrer la gestion de projet dans le quotidien.

Cartographie des processus

Les activités de l'hôpital privé Saint-Paul sont représentées par la cartographie ci-dessous.



Elle se compose de trois grands axes :

- Le management stratégique
- La prise en charge
- Le support

Chaque axe est divisé en plusieurs processus.

Chaque processus ainsi identifié, fait l'objet d'une déclinaison des étapes du processus, de la carte d'identité qui définit ses activités, ses besoins et les résultats attendus avec les objectifs qualités à court et moyen termes.

Pour nous aider dans cette démarche, la direction a fait appel aux deux cabinets de consultants externes cités auparavant.

Les acteurs de l'approche processus

Pour chaque processus, un pilote et un co-pilote ont été désignés.

Les binômes par processus sont chargés de s'assurer de la conformité et de la cohérence du processus par rapport aux exigences réglementaires, aux critères du manuel de certification HAS et aux exigences internes défini dans le PAQSS.

Leurs missions sont définies au travers de la méthodologie de la démarche d'amélioration continue gestion des risques de la HAS :

- Définir le processus par ses objectifs, ses limites et ses indicateurs en lien avec la direction et la CME au travers d'une politique.

- Aider à la rédaction de la documentation qualité relative au processus et s'assurer de leur mise à jour.
- Cordonner l'élaboration de la cartographie des risques du processus
- Proposer et animer la mise en œuvre du plan d'actions prioritaires au regard des risques identifiés
- Surveiller les risques du processus (indicateurs, audits, dysfonctionnements, etc)
- Rendre compte des risques identifiés et de l'avancement du plan d'action sur le processus.

Ils sont accompagnés sur le plan méthodologique par le service qualité et le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins.

Chaque pilote de processus possède une lettre de mission.

Les processus et les commissions qui y sont associés.

Chacune de ces vigilances dispose d'un règlement interne formalisé qui définit son rôle, ses missions, sa composition et ses modalités d'organisation et de fonctionnement.

Ces instances sont directement placées sous l'autorité du président de la CME et du Directeur.

La prochaine étape serait d'avoir des correspondants par instances, qui assurent le relais entre les instances et les secteurs d'activités.

Cependant, dû au turn-over important de personnel, il est compliqué d'obtenir des référents fixes par service, ce rôle revient donc par défaut aux cadres de service ainsi qu'aux IDEC.

10.3. GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion des ressources humaines est l'une des pierres angulaires stratégiques de l'établissement.

Ce processus se définit par la gestion des compétences techniques (le savoir-faire), mais aussi par le capital humain.

Les interactions et la motivation des employés sont des facteurs de succès à ne pas négliger pour le bon fonctionnement de l'établissement. Cela va avoir une relation de cause à effet direct sur la qualité de prise en charge fournie aux usagers.

La clinique gère ses ressources humaines de façon à améliorer la qualité et la sécurité des soins des patients. Cela s'articule autour de l'organisation du dialogue social et d'une implication du personnel dans le bon fonctionnement de l'établissement en particulier dans la recherche de l'efficacité.

La recherche d'une bonne gestion des ressources humaines n'est pas le fait de la direction des ressources humaines mais de toutes les fonctions ayant un rôle d'encadrement.

La recherche de l'efficacité se structure dans la gestion qualitative et quantitative de façon prévisionnelle des emplois et des compétences.

Le directeur des ressources humaines pilote la gestion des RH et de la santé et sécurité au travail, avec la mise à jour du document unique en lien avec le directeur de l'établissement, le président de la CME, le coordonnateur des soins, les coordinateurs de soins, les cadres de soins, etc.

10.4. QUALITÉ DU TRAVAIL ET SÉCURITÉ DES SOINS

La qualité de vie au travail est en lien avec la qualité et la sécurité des soins donnés aux patients.

Le département guyanais n'est pas épargné par le turn over important des équipes, tout comme les autres départements français d'outres mers.

Les conséquences du turn-over sont très néfastes pour la clinique dans la mesure où le départ d'un professionnel représente une perte au niveau des compétences ce qui engendre une perte en termes d'expérience et de savoir-faire, qui pourrait se répercuter par une moins bonne qualité de travail.

L'établissement, s'est donc engagé dans une politique de qualité de vie au travail.

Pour cela, la clinique a renforcé le management de proximité en augmentant l'effectif des cadres de santé et d'infirmiers coordinateurs.

La politique managériale a défini des valeurs qui ont été communiquées aux professionnels et sur lesquels la clinique se base pour organiser des événements pour fédérer les équipes autour de la grande famille de Guyane Santé dans le but d'améliorer le climat social.

Le bien-être au travail est une source de motivation et une condition pour assurer des soins techniques et relationnels de qualité. L'établissement incite les professionnels à s'impliquer dans la qualité et la gestion des risques et à valoriser les expériences innovantes dans l'établissement.

Une enquête de satisfaction des nouveaux arrivants a été réalisée en août 2018 afin d'évaluer le processus d'accueil et d'intégration.

Le CHSCT et le CE vont être redynamisés fin semestre 2018 par un appel à candidature.

10.5. GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

Le risque d'infections nosocomiales est estimé parfois jusqu'à 10%. Cela veut dire qu'une personne sur 10 risque de contracter une maladie à l'hôpital alors qu'elle y a été admise pour un autre motif.

Bien entendu, on associe souvent la propreté et la désinfection des surfaces comme une cause de ce risque.

Or, il existe une multitude d'autres facteurs qui influencent le risque d'infection nosocomiale comme le lavage des mains, le respect des procédures d'isolement ou encore la désinfection des surfaces et des équipements.

La démarche de réflexion pour la maîtrise du risque infectieux s'articule autour de trois éléments :

- la personne soignée
- l'acte de soins
- l'environnement

Deux notions sont donc à définir :

- le risque « réel » est celui qui existe ou qui a été véritablement. Il s'agit d'un risque mesurable statistiquement, en terme de probabilité. En fait, ce sont les conséquences de ce risque qui ont permis la mise en place de mesures préventives.
- Le risque « potentiel » exprime la possibilité, la probabilité de l'apparition d'un événement difficilement évaluable. Étant mal connu, il est difficile à appréhender et à prévenir.

Ce processus veille à la mise en œuvre d'un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à notre activité et en cohérence avec les objectifs nationaux.

Ce processus se manifeste stratégiquement au travers du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) qui est présidé par notre médecin gestionnaire des risques ; et

opérationnellement par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) qui s'assure de la mise en œuvre effective des bonnes pratiques sur le terrain.

La clinique peut également compter sur son infirmier hygiéniste qui assure les formations hygiènes (ex : hygiène des mains, déchets, linge, etc) auprès des équipes.

La maîtrise du risque infectieux passe donc par la formation des professionnels de notre établissement de santé, par la promotion de la sécurité et de la qualité des soins rendus aux patients, par le renforcement de l'information donnée au patient ainsi que par la déclaration et la prise en compte des événements indésirables associés aux soins.

Le bon usage des antibiotiques qui est l'un des indicateurs de qualité nationale que la pharmacie suit de près, permet également d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries multi résistantes (BMR).

Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé.

En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales. La clinique a fait le choix de ne pas avoir d'ASH dans les effectifs et d'externaliser cette prestation à l'entreprise SODEXNET.

CLIN / EOH

Conformément au décret 99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, l'hôpital Saint Paul dispose d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales.

Ce comité s'assure de la mise en œuvre opérationnelle contre la gestion du risque infectieux ; il est spécialement chargé de la prévention des risques nosocomiaux en s'appuyant sur :

- Des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène,
- La réalisation d'actions d'information et de formation de l'ensemble du personnel de l'établissement
- La surveillance des infections acquises dans la clinique.

L'équipe opérationnelle d'hygiène EOH, comprend des correspondants médicaux et paramédicaux au sein de l'établissement. Cette équipe réalise des protocoles afin d'améliorer l'hygiène des mains.

Ces commissions se réunissent à minima 4 fois par an.

10.6. MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

La pharmacienne gérante est la responsable du processus système de management de la PEC médicamenteuse qui participe en lien avec la direction de l'établissement et le président de CME à la définition de la politique de la qualité de la PEC médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux par une approche concertée et pluridisciplinaire.

Une politique de prise en charge médicamenteuse des personnes âgées a également été rédigée par la pharmacienne en complémentarité de la politique PEC médicamenteuse.

A ce titre, elle propose annuellement le programme d'actions prioritaires en Commission des médicaments et des dispositifs médicaux (COMEDIMS) ainsi qu'en CME, et propose et assure le suivi des évaluations des EPP relatives à la sécurisation du circuit du médicament.

Elle contribue également, à la mise en place de formations en lien avec le responsable des ressources humaines destinées aux professionnels par la déclaration des erreurs intervenant sur la prise en charge médicamenteuse.

Le programme de formation du personnel a été formalisé.

Dans le cadre de ses missions il collabore avec les structures d'appui régionales (OMEDIT etc..)

La pharmacienne gérante est également la présidente de la commission des évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

CF. Politique MPECM et MPECM personne âgée.

COMEDIMS

La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles participe, conformément à la réglementation, à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'intérieur de l'établissement et, est partie prenante dans la mise en place du contrat de bon usage.

- Prendre une part active à l'élaboration de la liste des médicaments et des dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est recommandée dans l'établissement.
- S'associer à l'élaboration des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse.
- Définir en concertation avec les professionnels de santé, les priorités thérapeutiques pour élaborer une politique cohérente du médicament
- Être partie prenante dans la mise en œuvre du bon usage des médicaments.

10.7. DROITS DES PATIENTS

La certification constitue l'un des leviers de la mise en place de La loi du 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La santé est devenue aujourd'hui une préoccupation centrale dans la vie de tous les citoyens. Elle l'est également pour les gouvernements et pour un grand nombre d'organisations, tant syndicales, sociales, professionnelles que communautaire.

L'avancée dans la technologie contribue parfois à déshumaniser les soins.

En matière de respect et de protection des droits des usagers et tout particulièrement de ceux qui sont les plus vulnérables, le système de santé renforce sa vigilance, d'abord en sensibilisant aux droits des usagers, puis en intégrant ces droits dans leur pratiques professionnelles et à l'organisation des soins.

Le consentement du patient est recherché lors de la mise en place de son projet de soin et de son projet de vie avec le médecin.

Le médecin s'attache à donner une information loyale, claire et adaptée au patient afin d'obtenir son consentement ainsi que son adhésion à son projet de vie et son projet de soins.

Le patient devient ainsi l'un des acteurs de sa prise en charge.

Ce processus veille donc à ce que chaque professionnel de santé dans l'établissement soit garant du respect des droits des patients particulièrement le personnel médico technique qui à un contact quotidien avec le patient en l'informant de son :

- Droit au respect de son intégrité et de la dignité de sa personne
- Droit de consulter son dossier médical, de se faire assister pour le comprendre
- A l'information qui le concerne sur son état de santé mais aussi à la sécurisation de la confidentialité de ceux-ci.
- Au délai de conservation des dossiers médicaux,

- De l'existence du comité des usagers, des moyens de le contacter et d'obtenir son assistance.
- Au droit de refus de traitement,
- Au droit de désigner une personne de confiance
- Au droit à la rédaction et au respect des directives anticipées
- A l'obligation du respect des libertés individuelles

Toutes ses informations sont également transmises aux patients à travers le livret d'accueil remis systématiquement à chaque nouvelle admission.

Il a été mis à jour au premier semestre 2018.

Pour aller plus loin, Guyane Santé s'est lancé dans une démarche de labellisation de ses établissements de santé avec le label « Humanitude » qui consiste à prendre en compte l'humain avant tout.

« L'humanitude » se base sur une approche qui vise à restituer à la personne sa dignité d'être humain et s'inscrit dans une démarche de bientraitance et donc particulièrement pour les populations spécifiques (personne atteintes de maladies neurodégénératives, les personnes âgées, atteinte d'un handicap, etc...).

COMMISSION DES USAGERS

La certification constitue l'un des leviers de la mise en place de La loi du 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La Haute Autorité de Santé est convaincue que l'implication des représentants d'usagers dans la certification est un levier pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Chacun poursuivant Les mêmes objectifs, le partenariat doit être naturel entre les représentants et les professionnels de santé ainsi que les responsables médicaux et managériaux.

Pour cela, la mise en place d'une commission des usagers s'est fait progressivement dans les établissements de santé.

Présidé par le directeur de l'établissement et composée de représentant des usagers ; de médecins, des professionnels de santé et de l'administration, la CDU a pour mission de veiller au respect des droits des patients. Elle examine les plaintes et réclamations et propose des recommandations afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge des patients.

En son sein, des représentants des Usagers, qui sont très actifs et très représentatifs dans le tissu social Guyanais.

L'objectif de la CDU est de se réunir tous les quatre mois et plus si besoin, de rechercher l'avis des représentants d'usagers à chaque fois que cela est nécessaire.

Cette instance a pour mission de coordonner les actions relatives à la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients.

Elle est destinataire des bilans des questionnaires de sortie, du bilan des plaintes et réclamations.

Les représentants des usagers sont informés des informations relatives de notre démarche qualité.

Le PAQSS ainsi que le compte qualité leur seront présentés fin Septembre 2018.

10.8. COMMISSION D'ÉTHIQUE

L'appel à candidature pour le comité éthique a permis la mise en œuvre d'un comité éthique en 2017 pour nous permettre d'intégrer les nouvelles notions de la bientraitance et de promouvoir la bientraitance au sein de notre établissement.

Un comité éthique se réunit à la demande afin d'engager une réflexion en présence de professionnels de disciplines différentes.

Il a pour vocation d'aider à la décision des professionnels qui ont à résoudre des questionnements d'ordre éthique durant l'exercice de leur activité, ainsi que sensibiliser et former les professionnels de santé à l'éthique.

Des formations sur la PEC des patients en soins palliatifs ont été organisées en 2017.

10.9. PARCOURS DU PATIENT

Le parcours du patient est une thématique centrale de la certification V2014, faisant partie du volet PEC du patient. En effet, il s'agit du chemin emprunté par le patient de son arrivée dans l'établissement jusqu'à sa sortie, en tenant compte de ses capacités propres et celle de sa maladie, en y impliquant les différentes activités hospitalières.

Guyane Santé propose une offre de soins complète à tous ses patients au sein de ces établissements.

Dans le groupe nous retrouvons :

Le Centre de Santé Guyanais qui est une clinique de type Médecine, Chirurgie, Obstétrique : chirurgie esthétique, chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, chirurgie urologique, chirurgie obstétrique, chirurgie oculaire, endoscopie avec son service ambulatoire ainsi que son service de dialyse.

Avec également un centre de consultation : cardiologie, pneumologie, anesthésie, urologie et pour finir, le plateau technique de radiologie.

La clinique Saint Paul et Saint Adrien qui sont des cliniques de type SSR : orthopédie, neurologie, gériatrique, digestif métabolique endocrinien, polyvalent.

Ainsi que son plateau technique de rééducation en ambulatoire avec tous les professionnels médicaux technique (kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes, etc)

Et pour finir, l'Hospitalisation à Domicile pour une prise en charge continue avec une équipe pluridisciplinaire.

Ce processus est transversale car la qualité de prise en charge du patient dépend et nécessite l'interaction et la symbiose avec d'autres processus par ex : logistique, ressources humaine, etc...

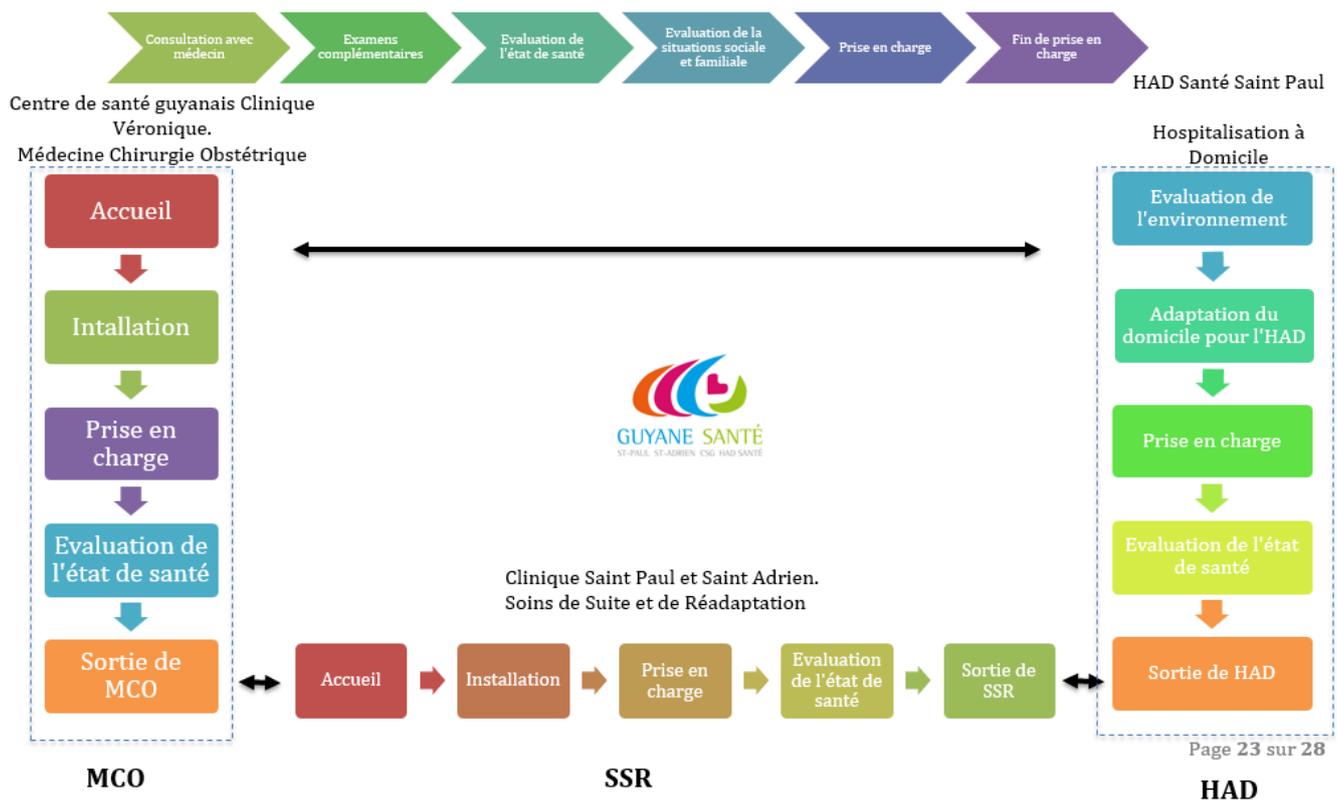
Tous les acteurs de l'établissement jouent un rôle dans le parcours du patient :

- Personnel administratif pour la création du dossier patient, la gestion des frais et des déplacements du patient.
- Personnel soignant pour les soins du malade, diagnostiquer, soigner et assurer la coordination des soins et partager l'information sur le patient via le remplissage de son dossier médical et des STAFF.
- Personnel support dont fait partie la cellule qualité avec l'ensemble des instances et des commissions des établissements pour décider des évolutions du fonctionnement de l'établissement de santé.
- Personnel logistique et technique pour assurer la sécurité et le fonctionnement des infrastructures.

La thématique regroupe trois catégories de critères d'évaluation du manuel de certification :

- les critères correspondant aux grandes étapes de la prise en charge du patient : son accueil, son projet de soin personnalisé et enfin sa sortie de l'établissement de santé. Ces critères évaluent aussi la coordination entre ces diverses étapes.
- Les critères associés aux situations particulièrement risquées pour la qualité de la prise en charge du patient : risque suicidaire, troubles de l'état nutritionnel, etc.
- Les critères relatifs à une prise en charge des patients atypiques qui nécessitent une attention particulière (personnes en situation de précarité, personnes âgées et patient souffrant de maladie chroniques).

PARCOURS DU PATIENT AU SEIN DU GROUPE GUYANE SANTE



DOSSIER PATIENT

Pour une meilleure prise en charge du patient, l'établissement utilise le logiciel OSIRIS pour la gestion du dossier du patient.

L'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier patient (outil central de partage des informations), assure la coordination des soins compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte.

L'informatisation sécurise la prise en charge en facilitant les échanges d'informations et en mettant à disposition les données nécessaires.

L'objectif est de :

- Limiter les données sous format papier.
- Constituer un dossier unique et électronique transmis de manière sécurisée et confidentielle en référence à la réglementation en vigueur.
- De sécuriser et optimiser l'utilisation d'OSIRIS
- L'appropriation de l'outil par les utilisateurs
- Interface opérationnelle entre OSIRIS et laboratoire EUROFINIS, radiologie du Centre de Santé Guyanais.

Les professionnels de santé sont accompagnés par un manuel d'utilisation à disposition dans les salles de soins afin de faciliter la formation donnée systématiquement aux nouveaux arrivants.

Des sessions de formations sont organisées si besoins par le prestataire qui est le pilote de ce processus.

Chaque session est personnalisée, un IDE n'aura pas la même interface qu'un médecin ou un aide-soignant.

L'établissement participe au recueil national pour la tenue du dossier patient. IPAQSS

Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge

Le bon soin, au bon patient et au bon moment.

Cette thématique vise à s'assurer de la mise en place un système permettant une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue.

Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins, compte tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de traitement, erreurs de résultats de laboratoire, etc.).

Niveau stratégique

Le binôme de pilote de cette thématique, a pour missions de définir et de suivre :

- la politique d'identitovigilance ;
- la charte d'identitovigilance et les procédures afférentes ;
- la cohérence du système d'information et des interfaces du serveur d'identité avec les applications tierces ;
- la politique de formation et de sensibilisation des acteurs ;
- le système de signalement des dysfonctionnements liés à l'identitovigilance (y compris à l'ARS pour les événements indésirables graves liés au système d'information et les événements indésirables graves associés aux soins) ;
- l'organisation nécessaire à la conduite des actions préventives et correctives en lien avec l'ensemble des parties prenantes, internes et externes, sous l'autorité du référent d'identitovigilance nommé par cette structure ;
- le plan d'actions d'amélioration annuel.
- Un bilan annuel est transmis à la direction de la structure ainsi qu'au comité régional d'identitovigilance (CRIV).

10.10. CELLULE D'IDENTITO VIGILANCE

Niveau opérationnel : « cellule d'identitovigilance » (CIV).

Les professionnels qui la composent sont placés sous l'autorité fonctionnelle du référent local d'identitovigilance.

Ils ont pour missions de :

- Former les acteurs qui créent ou utilisent des identités, sur la base du plan de formation continue validé par la direction ;
- Sensibiliser l'ensemble des parties prenantes (professionnels, usagers) ;
- Rédiger et/ou actualiser les procédures d'identification primaire de l'utilisateur ;
- Recueillir et analyser les événements indésirables d'identitovigilance ;
- Réaliser des audits de pratique et audits organisationnels (patient fictif, analyse des barrières de sécurité...) ;
- Analyser la base de données usagers à la recherche de données manquantes, de doublons, d'erreurs d'identité ;
- Proposer des mesures correctives (dont les rapprochements d'identité et fusions d'identifiants) ;
- Rendre compte de ses activités et difficultés au niveau stratégique.

La CIV se réunit au minimum une fois par trimestre et autant que nécessaire en fonction des événements indésirables.

Elle réunit la documentation de la politique et du rapprochement d'identité et fournit un rapport périodique d'activité précisant :

- La liste des réunions ;
- Les incidents relevés ;
- Les corrections et améliorations conduites.

10.11. COMITE DE LUTTE CONTRE LA DOULEUR

La douleur se définit comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion ».

Cette définition souligne la grande variabilité qui peut exister entre les personnes dans la perception et l'expression de la douleur face à une même stimulation douloureuse.

Toujours en lien avec la loi du 4 mars 2002, ce processus est une des priorités nationales, une obligation juridique pour nous en tant qu'établissement de soins et nos professionnels.

La prise en charge de la douleur est efficace lorsqu'elle est faite de manière pluridisciplinaire en considérant la douleur du patient.

Cette prise en charge s'articule autour de 3 axes :

- L'évaluation de la douleur grâce aux outils adaptés (EVA, doloplus, etc)
- Soulagement de la douleur par administration d'antalgiques selon les protocoles du CLUD, validé et approuvé sur prescription médicale ou bien par prescription d'injection à des fins analgésiques.
- Traçabilité de l'évaluation et du suivi avec la réévaluation,
- Information et éducation du patient autour de la prise en charge de la douleur.

«Les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et à assurer les soins palliatifs que leur état requiert, quelles que soient l'unité et la structure de soins dans laquelle ils sont accueillis.

Pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2. Pour les établissements de santé privés, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens mentionné aux articles L. 6114-1, L. 6114-2 et L. 6114-3» Article L. 1112-4 du Code de la santé publique.

Le CLUD est l'instance opérationnelle du processus prise en charge de la douleur.

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins ; La prise en charge globale de la douleur de la personne constitue un des indicateurs de la qualité des soins.

Le manuel d'accréditation, dans la référence PEC de la douleur relative aux besoins spécifiques des personnes malades, inscrit la recherche, la prévention et la prise en charge de la douleur aiguë et chronique comme un des objectifs à atteindre pour satisfaire cette exigence.

Les outils de prise en charge de la douleur

Les outils d'évaluation : afin d'évaluer la qualité de la prise en charge de la douleur dans l'établissement de santé, différents outils sont disponibles :

Le questionnaire de sortie qui est destiné à recueillir l'avis de la personne malade sur ses conditions d'accueil et de séjour.

Notre questionnaire comporte le critère de prise en charge de la douleur, et fait l'objet d'une analyse régulière.

Cependant, compte tenu du faible taux de retour de ces questionnaires, d'autres outils doivent être utilisés afin de compléter les résultats de cette évaluation.

Dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles prise en charge de la douleur sur le plateau technique, l'audit des pratiques réalisé auprès des soignants a permis notamment d'apprécier l'observation des recommandations édictées jusqu'à présent au sein de l'établissement de santé.

Les questions concernaient par exemple, la détection, l'évaluation et le suivi systématique de l'intensité de la douleur des personnes malades, la mise en place effective des protocoles de prise en charge de la douleur ainsi que la traçabilité.

L'hôpital privé Saint Paul redynamise son CLUD qui est chargé de réactualiser les protocoles de la PEC de la douleur. L'objectif est d'harmoniser les pratiques et de rendre accessibles les protocoles à tous les professionnels.

Prise en charge et droit des patients en fin de vie

Cette thématique vise à s'assurer de la mise en place d'une démarche palliative visant à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches face aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la douleur et par la prise en compte des problèmes physiques, psychologiques et sociaux qui y sont liés.

Toute personne dont l'état de santé le justifie, en bénéficie dans notre établissement.

La certification des établissements de santé vise le déploiement d'une démarche palliative intégrée à la pratique de l'ensemble des professionnels. Elle nécessite une approche transversale entre les disciplines médicales et les différents lieux de soins ainsi qu'une organisation du travail « en réseau ».

Dans cette perspective, la clinique a établi plusieurs partenariats notamment avec le Centre Hospitalier André Rosemond et son unité mobile palliative.

10.12. LE COMITE DE LIAISON ALIMENTATION NUTRITION

Le CLAN est une structure consultative qui se donne comme objectif de médicaliser la prise en charge nutritionnelle des patients.

Le CLAN a une démarche transversale, interservices et interprofessionnelle associant les soignants (Médecins, Infirmières et Aides-Soignantes), les professionnels de la Restauration et la Direction.

Le CLAN a pour mission de :

- Valider l'ensemble des régimes alimentaires proposés dans l'établissement,
- Proposer des actions visant à mieux évaluer l'état nutritionnel réel des patients afin de mieux adapter leur régime alimentaire,
- Promouvoir des actions d'éducation à la santé,
- Améliorer les dispositifs existants dédiés à l'alimentation et à la nutrition.

10.13. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

La démarche EPP constitue pour les établissements hospitaliers du Pôle un levier d'amélioration de la maîtrise des risques liés aux pratiques et aux activités de soins.

Elle est pilotée au plus haut niveau par la Direction de l'Etablissement et la CME, et est suivie par l'intermédiaire du tableau de bord des EPP ainsi que par le plan d'action Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS).

Le président de la Commission EPP est le coordinateur des programmes EPP ;

Il a en charge l'information régulière de la CME et s'assure de la mission de contrôle et de validation du tableau de bord EPP par cette instance.

Le Service qualité est le garant de la méthodologie et accompagne les professionnels dans leurs démarches. Il met à disposition les supports et les outils nécessaires aux programmes EPP.

Les objectifs de la politique EPP consistent à :

- Promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention, et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques et réglementaires, au sein de la clinique ;
- Améliorer en continu la qualité et la sécurité des soins en intégrant les recommandations et standards de bonnes pratiques ;
- Proposer des méthodes pédagogiques permettant aux acteurs de soins de s'approprier la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Les thèmes choisis sont de préférence transversaux, incluant plusieurs professionnels sur le même sujet (exemple : dénutrition, douleur ...), et peuvent être déduits de la cartographie des risques.

Les EPP en cours dans l'établissement concernent plusieurs domaines de prise en charge :

- Prise en charge de la douleur sur le plateau technique de rééducation
- Dépistage et prise en charge de la dénutrition
- Dépistage et prise en charge des troubles de la déglutition
- Chutes
- Antibiotique
- Prescription personne âgée

Les résultats des EPP sont communiqués à l'ensemble des professionnels.

10.14. LE PATIENT TRACEUR

La méthode du patient traceur répond aux objectifs de la politique qualité.

L'année 2018 a été l'année de la mise en place de cette méthode d'évaluation des pratiques. L'objectif est d'évaluer tous les parcours proposés.

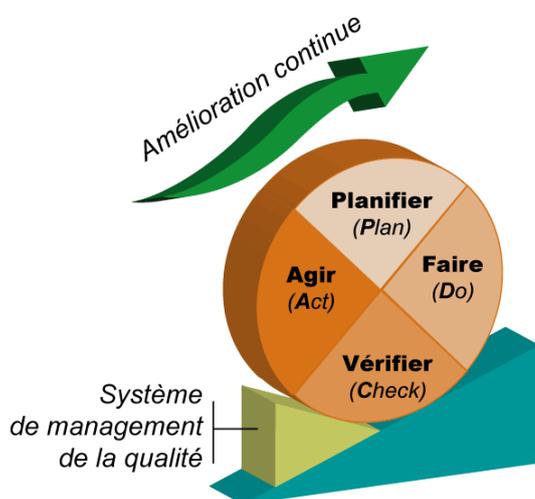
Les patients traceurs sont mis en œuvre selon le guide de la HAS. Ils sont animés par le service qualité.

Chaque « patient traceur » donne lieu à une synthèse des points forts et des points faibles qui alimentent le PAQSS.

10.15. LE PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SECURITE DES SOINS

10.15.1. CONTENU

C'est un programme unique qui repose sur un dispositif qui permet de regrouper l'ensemble des actions définies, de mettre en commun et de coordonner les ressources et les moyens, d'identifier les indicateurs à mesurer et de les suivre dans le temps en appliquant l'outil d'évaluation, la roue de Deming.



Le programme prend en compte :

- Les orientations stratégiques de l'établissement,
- Les objectifs et engagements fixés dans le contrat d'amélioration de l'efficience des soins (CAQES),
- Le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables,
- Les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certifications,

- Des plans d'actions des différents comités et instances (CODIRQ, COPILGDR, CLIN, CLUD, CDU, CLAN, commission EPP, COMEDIMS, la CIV (Comité d'Identitovigilance).
- Egalement des plans d'actions issus des différents audits internes et externes.
- Des résultats des contrôles externes (Direction des Services Sanitaires (DSV), commission incendie, visite de contrôle de l'ARS,
- Des synthèses des questionnaires de sortie,
- De l'analyse des événements indésirables,
- Des patients traceurs,
- De l'analyse des plaintes et réclamations,
- De l'auto-évaluation réalisée dans le cadre de la procédure de certification de l'établissement.

Le PAQSS est le support de planification, des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Chaque action d'amélioration est définie par :

- Objectifs stratégiques
- Risques liés
- Processus associés
- Responsables de l'action
- Indicateurs

10.15.2. OBJECTIF

Ce programme est un outil primordial pour piloter les actions à mettre en œuvre dans le cadre de la démarche Qualité et de Gestion des risques de l'établissement.

L'objectif du PAQSS est de décliner la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement, sous forme d'actions avec des objectifs précis.

10.15.3. RESPONSABILITES, ELABORATION, MISE EN PLACE ET SUIVI

Le PAQSS est sous la responsabilité de la Directrice de l'établissement et du Président de la Conférence Médicale d'Etablissement.

L'élaboration, la mise en place et le suivi du programme implique toutes les instances et vigilances de l'établissement (CME, CLIN, CDU, CLUD, Identitovigilance, Hémovigilance, Pharmacovigilance, etc...)

10.15.4. VALIDATION, DIFFUSION ET EVALUATION DU PROGRAMME

Le programme est validé par la Direction Générale et le Président de CME.

Il est présenté aux équipes et reste accessible à tous, dans son intégralité.

L'évaluation du programme sera réalisée une fois par an, en début d'année. Les différents responsables de processus feront le point sur l'état d'avancement des actions du programme global. Le compte qualité sera alors mis à jour en parallèle, une fois par an.

L'efficacité du programme sera évaluée, annuellement ou pluri annuellement, à travers plusieurs dispositifs :

- Le rapport d'activité annuel de l'établissement,
- Le suivi annuel du compte qualité,
- Le rapport de certification de la Haute Autorité de Santé sur la procédure de certification,
- Les enquêtes de satisfaction à destination des patients,
- Des enquêtes, audits et contrôles internes sur des thématiques spécifiques (vérification de la maîtrise des outils et de l'application des procédures),

- Le recueil, traitement et l'analyse des événements indésirables,
- La réévaluation des risques associés aux soins et des risques liés à l'activité de l'établissement,
- La révision du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Le bilan sur l'ensemble du programme sera communiqué dans les instances, aux professionnels et aux représentants des usagers, dans un souci de parfaite transparence. Cette communication pourra se faire par l'intermédiaire : de bilans écrits remis aux instances, de documents spécifiques remis aux professionnels, des réunions d'équipe, de la commission des usagers, ..., ou également par l'intermédiaire des supports de communication internes existants (GED, note d'information, réunions de service).

Annuellement le PAQSS est évalué en terme d'efficience par le COPILQ. Pour cela, le service qualité présente un bilan du PAQSS composé :

- Taux de réalisation du PAQSS
- Des moyens de l'atteinte des objectifs (indicateurs, résultats, audit, patient traceur, etc)
- Des recommandations pour réajuster et compléter le PAQSS au regard des objectifs de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

10.16. GESTION DOCUMENTAIRE

10.16.1. OBJECTIFS

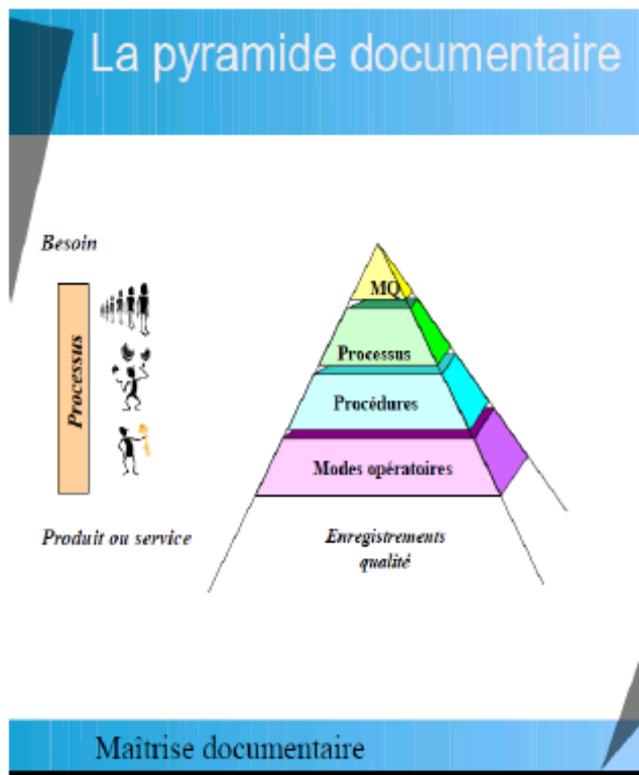
La gestion documentaire a pour objectif de classer de façon structurée l'ensemble des documents afférents au fonctionnement de l'établissement comme pratiques professionnelles.

Il s'agit de :

- répertorier, formaliser les règles de fonctionnement (charte, règlement intérieur des commissions, procédures et protocoles institutionnels) et les pratiques (protocoles, mode opératoire, conduite à tenir et feuille d'émergence, etc...),
- de définir un classement que chaque professionnel s'approprie afin d'être en capacité de trouver les informations qui lui sont nécessaires,
- d'assurer une diffusion, une disponibilité auprès des professionnels des règles et pratiques en vigueur dans l'établissement,
- d'assurer que les règles et pratiques édictées de façon pluri-professionnelles sont conformes à la réglementation, à l'état des connaissances.

La gestion documentaire participe à la sauvegarde de l'état des pratiques à un moment donné, mais aussi à l'harmonisation et la sécurisation de celles-ci.

10.16.2. COMPOSANTES DU SYSTEME DOCUMENTAIRE



L'organisation de la gestion documentaire définie dans la procédure des procédures et s'articule selon une pyramide documentaire composée de :

- Processus
- Procédures
- Protocoles de soins
- Modes opératoires
- Fiches techniques
- Enregistrements.

10.16.3. ORGANISATION

La gestion documentaire tend à être dématérialisée et permettra de regrouper l'ensemble des documents qualité de l'établissement (politique, procédures, mode opératoire, fiche de fonction, etc) sur le logiciel Blue Kango accessible à tout le personnel avec les codes d'accès que le service qualité crée pour chaque nouvel arrivant.

Pour faciliter la recherche documentaire, elle peut être faite via mots clés.

L'informatisation de la gestion documentaire permettra :

- Une meilleure accessibilité aux documents, une maîtrise de la diffusion des documents (alerte par mail lors de la création, révision,
- Diffusion d'un document,
- Élargement de prise de connaissance du document,
- Diffusion de la version en cours, l'ancienne est supprimée de la base,
- Sécurisation de la documentation,
- Alerte sur les révisions documentaires.

La procédure de création et de gestion documentaire est également diffusée en ligne. Elle permet à chaque professionnel de pouvoir créer un document tout en respectant la charte graphique, le code de référencement ainsi que le circuit de validation, d'approbation et de diffusion.

Tous les professionnels doivent être sensibilisés sur le fait que, tout document circulant dans l'établissement doit d'abord passer par le service qualité avant d'être utilisé.

Le service qualité est garant de la bonne gestion des documents du système qualité.

10.16.4. FORMATION DES PROFESSIONNELS A L'UTILISATION ET A LA GESTION DU LOGICIEL

La formation des utilisateurs est une étape importante au déploiement et au maintien de l'outil. Les professionnels sont formés à cette utilisation. Des référents gestion documentaire seront formés à l'utilisation de cet outil.

Concernant les professionnels, leur formation est primordiale au soutien de la politique Qualité et Gestion des risques de l'établissement.

Un plan annuel de formation est formalisé dans l'établissement.

Certaines actions de sensibilisation sont ponctuelles et factuelles réalisées par la cellule qualité.

La plupart des formations sont assurées par des organismes extérieurs, et certaines sont animées par des professionnels bénéficiant d'une expertise dans leur domaine de compétence.

La direction a pris l'initiative de former tous ses responsables de service avec le « parcours manager » afin d'améliorer le management de proximité avec les professionnels du terrain.

Une formation sur la certification V2014 (compte qualité, approche processus, patient traceur) a été réalisée en septembre 2018 auprès des pilotes et copilotes de processus ainsi que quelques membres de équipes opérationnelles.

Elle sera réalisée par le service qualité auprès des professionnels grâce au support memento certification.

De plus, l'établissement a choisi de se faire accompagner par des organismes comme QUALICONSULT, BR2 consulting ainsi qu'un Ingénieur qualité pour un accompagnement à la préparation de la visite de certification V2014 ainsi que son suivi.

10.17. LA PLACE DES USAGERS DANS LA DEMARCHE QUALITE

Les représentants des usagers sont associés à la démarche qualité sécurité des soins de l'établissement.

L'établissement dispose d'un questionnaire interne remis de façon systématique aux usagers hospitalisés. Une mise à jour du questionnaire de satisfaction a été effectuée en 2017. Il intègre des nouvelles questions relatives, notamment, à la qualité de la prestation hôtelière, à la bientraitance, au respect de l'intimité.

Le questionnaire sera revu prochainement afin d'ajouter des critères qui se rapporteront au consentement aux soins, à la remise du livret d'accueil, ainsi qu'à la personne de confiance.

10.18. GESTION DES RISQUES A PRIORI

La mise à jours des cartographies des risques pour l'hospitalisation complète, l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation, faisaient partie des missions confié au stagiaire qualité entre mars et septembre 2018. La présentation des mises à jour s'est déroulée en septembre 2018.

Le Document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) a été révisé en profondeur et mis à jour en 2016. Cependant, il reste difficile à exploiter sous sa forme actuelle pour élaborer un plan de réduction des risques professionnels réalisable.

Pour ce qui concerne les risques exceptionnels, le plan blanc a également été mis à jour en Mai 2018, il sera validé en CME fin semestre 2018.

Les conduites à tenir en cas de gale, de fièvre jaune, de Chikungunya ont été élaborées en 2013 et mis à jour en 2018.

10.19. GESTION DES RISQUES A POSTERIORI

Promotion de la déclaration d'EI et gestion des EI

La gestion des événements indésirables est un élément fondamental du développement de la culture de sécurité. Elle a comme objectif, l'amélioration de la sécurité des soins et la réduction des risques survenue d'événements indésirables grave pour le patient au cours de sa prise en charge.

Le signalement des EI est dématérialisé via le logiciel Blue Kango et intègre tous les événements présentant ou pouvant présenter un risque pour les patients, les visiteurs ou le personnel.

L'année 2017 a été une année de transition, avec la mise en place de l'informatisation du dispositif de déclarations d'événements indésirables durant le mois d'août à septembre par un stagiaire ingénieur à la cellule qualité. Il a aidé au déploiement du logiciel Blue Kango en lien avec le responsable du système d'information de la clinique.

Le responsable qualité gestionnaire des risques, les cadres de santé et IDEC, assurent le suivi et le traitement des signalements.

La gestion des événements indésirable dans l'établissement fait l'objet d'une procédure qui décrit l'organisation du signalement, de l'analyse et du traitement des événements indésirable signalés.

Un accompagnement des services déclarants a été réalisé visant une plus grande pertinence de l'utilisation de l'outil. Tous les professionnels sont formés au signalement des événements indésirables sur le logiciel Blue Kango.

Les responsables de services aident au recueil des informations et participent à l'analyse des événements.

Ils sont des relais auprès des professionnels pour promouvoir le signalement des événements indésirables.

La directrice de l'établissement s'est engagée dans la promotion du signalement à travers la publication d'une charte de non punition en cas de déclaration d'EI.

Les EI sont analysés de façon hebdomadaire par la cellule qualité.

Commission FEI

La commission FEI se réunit tous les 15 jours.

Elle fonctionne sur le principe d'un comité de retour d'expérience. Les participants sont :

- Personnel médical ou paramédical de terrain
- Le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins
- Un membre de la cellule qualité en tant qu'animateur (planification, relance des pilotes, respect ordre du jour, rédaction de compte rendu, etc.)

Les situations sont présentées de façon anonyme aux commissions FEI mensuelle.

Un événement indésirable récurrent peut être choisi pour une analyse approfondie. Ce choix est réalisé selon la gravité, la conséquence, la récurrence et le niveau de criticité de l'événement indésirable.

Les événements indésirables médicamenteux sont analysés en REMED et les événements non médicamenteux peuvent être traités en CREX ou en RMM selon leur niveau de criticité.

Bilan FEI 2017 :

11% des FEI déclarés en 2017 concernaient le comportement : entre patient, famille de patients et soignants, entre professionnels. Pour pallier ce problème, le projet OROYO (groupe de parole avec un thème session), a été initié par les psychologues ainsi que les neuropsychologues.

34% des FEI concernaient la prise en charge hôtelière (problème de texture, manque de couvert, etc). Le CLAN travaille activement à la résolution de ses problèmes qui sont très récurrent.

16% concernaient la sécurité (sécurité des biens et des personnes). La Direction a fait appel au prestataire QUALICONSULT pour accompagner dans cette démarche.

Et enfin 14% étaient au sujet des soins, examens et prescriptions.

Un retour d'information est effectué aux déclarants via le logiciel Blue Kango.

Le reste de la gestion des risques s'articule autour de la coordination de toutes les instances (CLIN, CLAN, CLUD, CREX, REMED, COMEDIMS, etc).

CREX

Les CREX analysent tous types d'évènements indésirable (sauf médicamenteux qui sont analysés en REMED), et les événements graves ayant occasionné des dommages majeurs. La méthodologie utilisée est la méthode ALARM.

Les CREX sont animés par le service qualité.

REMED

Les évènements indésirables médicamenteux sont analysés en REMED.

Les revues sont animées par le service qualité. Les erreurs médicamenteuses traitées sont définies en fonction de l'occurrence des évènements indésirables, la demande des professionnels, et l'intérêt de leur analyse pour définir et mettre en œuvre des actions d'améliorations.

RMM

Les évènements indésirables graves ayant occasionné le décès d'un patient sont traités en RMM. Les RMM sont animées par le service qualité, le médecin coordinateur des risques ou le directeur médical.

L'organisation et la coordination des comités de retours d'expériences est faite par le coordinateur des risques associés aux soins.

Donc, entre 2017 et 2018, le service qualité gestion des risques s'est attaché à :

- Développer des outils d'aide à la déclaration disponibles sur la gestion documentaire avec notamment la rédaction de la procédure de gestion des évènements indésirables ;
- Favoriser la déclaration des évènements indésirables associés aux soins en contribuant à la mise en place d'un environnement favorable au signalement et en élaborant la charte de non punition signée par la Directrice et le Président de la CME.
- Le déploiement des analyses des causes des évènements indésirables. Depuis Septembre 2016, un Comité de Retour d'Expérience (CREX) a été mis en place.

Les comptes rendu sont diffusés en ligne dans Blue Kango.

Gestion des indicateurs nationaux généralisés et internes

Indicateurs

Le recueil d'indicateurs Qualité contribue au développement d'une culture de mesure de la Qualité et à l'amélioration de la qualité des soins.

L'établissement assure le suivi des indicateurs nationaux :

- Les indicateurs de lutte et de prévention des infections associés aux soins, au travers du BILAN LIN et de CONSORES.
- Le recueil des indicateurs publiés sur le site de scope santé

- Les indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (IPAQSS), tenue du dossier patient (DPA).

Le DIM organise et coordonne le recueil des IPAQSS. Les médecins et les cadres paramédicaux participent à ce recueil. Les résultats font l'objet de restitutions aux CODIR et en CME.

2018 fut la première année de participation au recueil d'indicateurs IPAQSS tenue du dossier patient MCO et SSR qui était l'une des réserves de la dernière visite de certification.

La Direction a pris la décision d'externaliser le service de Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information à partir des séjours de 2018.

Ces indicateurs répondent à l'exigence de transparence et au besoin d'information des usagers puisque leurs résultats doivent être rendus publics, par voie d'affichage dans les lieux de vie de l'établissement.

Par ailleurs d'autres indicateurs, suivis en interne, (Management, des ressources humaines, des secteurs de soins, sur le circuit du médicament, la qualité et gestion des risques...), doivent être communiqués en CODIR.

Le suivi de ces indicateurs mis en place au sein de l'établissement permet de visualiser les progrès et confère un pilotage concret de l'établissement.

Vigilance réglementaires

Dans le cadre de la gestion des risques l'hôpital privé saint Paul à inclus dans son PAQSS la mise en place de la pharmacovigilance et de la matériovigilance.

11. COMMUNICATION DE LA POLITIQUE

Elle est présentée aux équipes et reste accessible à tous, dans son intégralité.

Cette communication pourra se faire en instances, au travers de la base documentaire accessible aux professionnels, en réunions d'équipe, ..., ou également par l'intermédiaire des supports de communication internes existants (réunions de service, notes d'information, ...)

12. ÉVALUATION DE LA POLITIQUE

La politique est ajustée annuellement, en début d'année, en fonction de l'évaluation de l'efficacité des actions inscrites au PAQSS et des actions transversales de la qualité organisées par l'établissement :

- **La prise en charge médicamenteuse**

La cartographie est réalisée à l'aide de l'outil ANAP Interdiag médicaments.

L'ensemble du circuit est évalué. Cette évaluation permet de connaître le niveau de sécurité atteint et de dégager des actions d'amélioration.

D'autres actions liées à la prise en charge médicamenteuse sont mesurées tous les ans lors de la revue de dossier IPAQSS ou de la revue des EI.

- **La tenue du dossier patient et indicateurs associés**

L'enquête IPAQSS DPA est réalisée tous les ans. Il peut s'agir d'enquête nationale ou d'enquête organisée à l'initiative de l'établissement dans les mêmes conditions que les enquêtes nationales.

L'enquête de tenue du dossier patient est complétée par une enquête annuelle « Quick audit » réalisée avec l'encadrement soignant, qui suit par secteur, un sous ensemble d'indicateurs

associés : évaluation du risque d'escarre, mesure de l'IMC, évaluation de la douleur, notification de la personne de confiance, etc...

- **La lutte contre les infections nosocomiales**

L'ensemble des enquêtes liées à la lutte contre les infections nosocomiales et obligatoires au niveau sont menées et complétées par des enquêtes ad hoc liées à la politique de l'établissement en la matière.

- **La mesure de la satisfaction des patients et correspondants médicaux externes**

L'enquête I-SATIS est conduite selon les recommandations nationales.

Cette enquête est complétée par des enquêtes internes spécifiques à chaque secteur d'activité.

- **La mise en œuvre des « Patients traceurs »**

La méthode du patient traceur, mise en œuvre dans le cadre de la certification V2014, est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Elle permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration. Elle prend en compte l'expérience du patient et de ses proches.

Elle est complémentaire des autres méthodes telles que la Revue de Mortalité Morbidité, le chemin clinique qui font l'objet de guides HAS spécifiques.

- **Les indicateurs définis dans le cadre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)**

Des indicateurs ont été définis institutionnellement. Ils permettent d'évaluer la réalisation des objectifs qualité des secteurs d'activité et de mettre en place des actions d'amélioration suivies dans le PAQSS.

13. CONCLUSION

L'implication de la Direction, de la CME et des professionnels est essentielle dans la recherche de l'amélioration de la Qualité.

L'évaluation de nos pratiques, les plans d'actions d'amélioration déclinés et mis en œuvre, sont autant de facteurs, d'éléments à disposition et à prendre en compte pour ajuster les orientations stratégiques de l'établissement.